

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 19

N°

1370

THÈSE

478

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

GUY SAPRIEL

né le 11 janvier 1944 au Caire (Egypte)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

14. V. 70

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE
L'ALCOOLISME EN MEDECINE GENERALE HOSPITALIERE
DONNEES STATISTIQUES, ECONOMIQUES
THERAPEUTIQUES ET RELATIONNELLES

Président : Mr. Maurice DEPARIS Professeur

Thèse dactylographiée.

M

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 19

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

GUY SAPRIEL

né le 11 janvier 1944 au Caire (Egypte)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

14.V.70

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE
L'ALCOOLISME EN MEDECINE GENERALE HOSPITALIERE
DONNEES STATISTIQUES, ECONOMIQUES
THERAPEUTIQUES ET RELATIONNELLES

Président : Mr. Maurice DEPARIS Professeur

Thèse dactylographiée.

TABLEAU DES RECHERCHES DE LA CLASSE

1874

1875

THESE

PAR

DOCTEUR EN MEDECINE

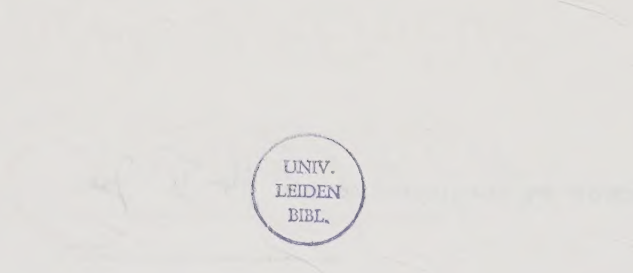
(Diplôme de Docteur)

PAR

LE DOCTEUR

en la Faculté de Médecine de Paris

sur le sujet



UNIV.
LEIDEN
BIBL.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE

L'ALCOOLISME EN MEDECINE GENERALE HOSPITALIERE

PAR LE DOCTEUR EN MEDECINE

LE DOCTEUR EN MEDECINE

Président : M. le Docteur DEBAILLON

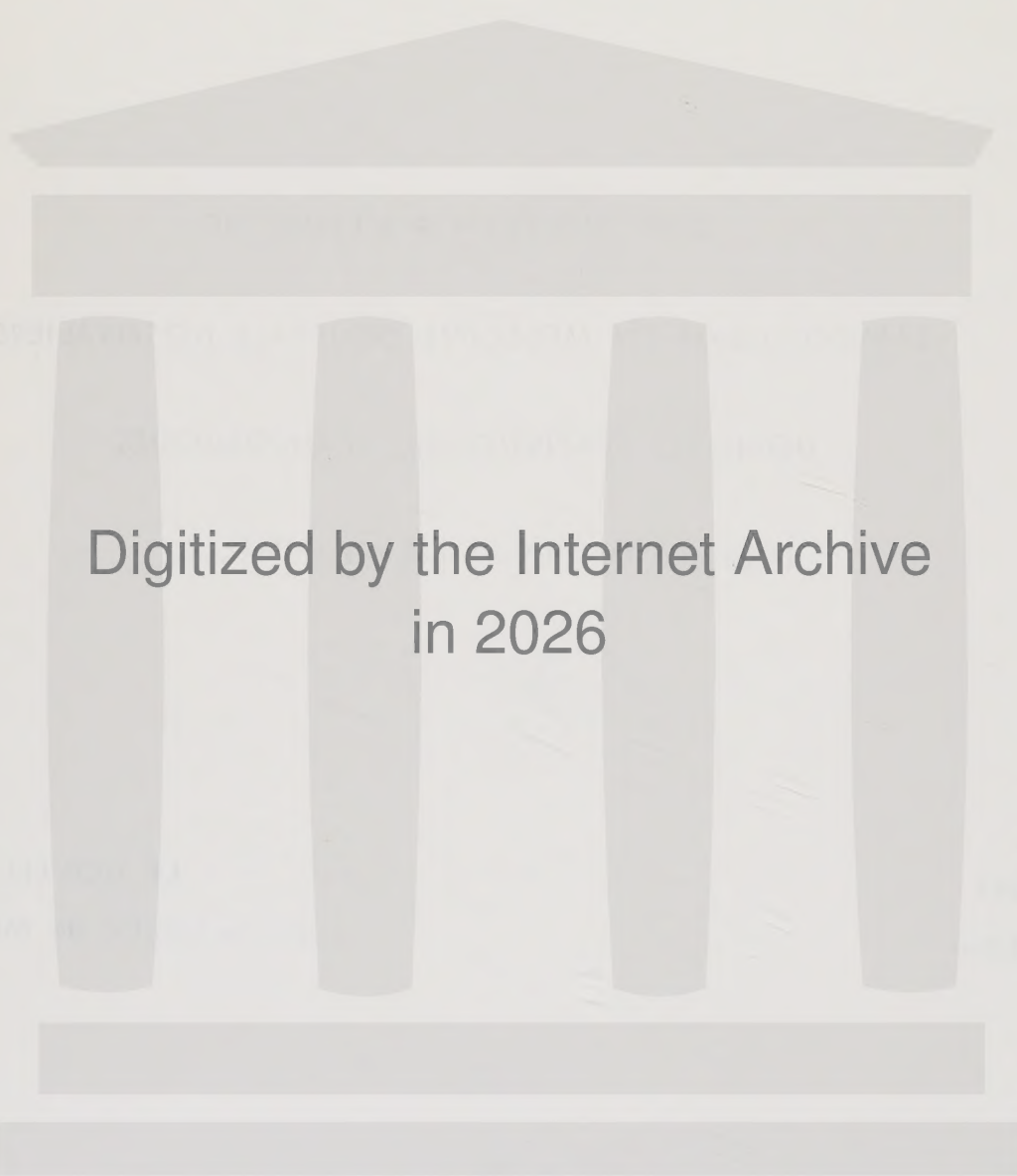
Thèse de Médecine

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE
L'ALCOOLISME EN MEDECINE GENERALE HOSPITALIERE
DONNEES STATISTIQUES, ECONOMIQUES
THERAPEUTIQUES ET RELATIONNELLES

LE PRESIDENT
du jury de thèse

LE DOYEN
de la faculté de Médecine

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551621_0031

Au Docteur G. R. dont l'affection sans faiblesse m'a permis de
trouver mon chemin droit.

A mon père, à ma mère, que j'aime tant. Leur tendresse, leur
générosité et leur confiance m'ont toujours aidé.

A mes deux soeurs, à mon frère.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

A Monsieur le Professeur M. DEPARIS

- Professeur de Clinique Médicale

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la Présidence du Jury de
notre thèse.

En témoignage de notre profonde gratitude.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur J. L. DEMASSIEUX,
Médecin Chef de service.

Vous m'avez pris comme interne dans votre service. Vous m'avez initié à la pratique de la médecine en me donnant votre enseignement, votre expérience, et j'essaie de suivre votre exemple. Vous m'avez autorisé à utiliser dans votre service la matière de ma thèse.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et reconnaissance.

A Madame NEBUT, Assistant du service, qui m'a suggéré d'entreprendre ce travail.

Vous m'avez guidé et aidé pour cette recherche.

Retrouvez ici, avec mon amitié, ma reconnaissance pour votre accueil et votre gentillesse.

Au personnel infirmier du service V de l'Hôpital Intercommunal de Créteil. Sa compétence et ses attitudes humaines sont des éléments bien précieux pour tout le monde.

INTRODUCTION

Il semble une gageure de parler encore à l'heure actuelle de l'alcoolisme.

Il semble que tout ait été dit, et les médecins paraissent comme s'être apparemment accoutumés à ce mal. Une sorte de résignation transparait : " l'Alcoolisme, bien sûr, on n'y peut rien" Et les affiches de la ligue anti-alcoolique sont bien là pour nous le faire sentir. Elles nous font sourire les affiches ; la plaisanterie est plus ou moins bonne mais l'on sent le dérisoire d'une telle anti-publicité.

Ce travail est le fruit de l'étonnement d'un nouveau venu à la médecine devant l'importance des affections alcooliques.

Cet étonnement, une fois l'angoisse passée, devait nous amener à nous poser des questions à ce sujet.

Tout d'abord, dans quelle mesure cette impression subjective était-elle vraie ? Il fallait donc recenser et chiffrer. Quel

pouvait être le nombre réel de malades atteint d'alcoolisme à traduction clinique, le coût médical de telles affections et surtout quelles conclusions pouvait-on tirer pour le traitement et pour l'avenir de ces malades,

Tout au long de cette étude, nous avons tenu à rester dans une optique purement médicale. Nous avons éliminé, peut-être à tort, par nécessité d'assigner des limites à ce travail, toutes les considérations de politique et d'économie générale touchant le problème de l'éthylisme mais il est bien évident qu'une grande partie de sa solution réside à ce niveau.

Notre travail se base sur l'étude des alcooliques admis dans un service de médecine générale hommes, sur une durée d'un an.

LE CADRE DE NOTRE ETUDE

Le service considéré est celui de l'Hôpital Intercommunal de Creteil.

Cet établissement est situé dans le Val de Marne.

I - D'où proviennent les malades hospitalisés au CHIC ?

Un essai de détermination de la zone d'attraction de l'Hôpital a été fait. Les résultats sont consignés dans le dossier "Programme extension" à la Direction de l'Hôpital. L'analyse de cette étude nous permet de constater (en ce qui concerne l'année 1966) ce qui suit :

Il est possible de distinguer quatre secteurs quant à l'origine des malades.

* Tous les documents concernant cette étude sont groupés à la fin du chapitre (Tableau I).

1°) Le canton de Saint-Maur : celui-ci est prioritaire pour l'admission de ses malades, et ceci aura une incidence pour les hospitalisés de médecine ; nous le verrons plus loin. Il est constitué par les Communes de Saint-Maur, Créteil, Joinville, Bonneuil.

2°) Les 12 communes du Val de Marne limitrophes qui sont : Boissy St Léger, Sucy en Brie, Maisons-Alfort, Ormesson, Chennevières, Alfortville, Champigny, St Maurice, Limeil-Brévannes, Villiers sur Marne, Charenton, Choisy le Roi.

3°) Ceux qui viennent des autres communes du Val de Marne.

4°) Ceux des départements étrangers.

La plus grande partie des admissions comme le montre le tableau I provient du canton de St Maur et des 12 communes limitrophes. Il est nécessaire de préciser que ce tableau tient compte des admissions pour tout l'Hôpital.

Si par contre nous prenons l'analyse par service qui a été faite dans ce rapport nous voyons qu'en ce qui concerne le service de médecine le pourcentage des admissions du canton de St Maur est très supérieur au pourcentage global. (Tableau II).

Ceci s'explique par le fait que le service de médecine fonctionne pratiquement à l'état de saturation et que par priorité il doit faire face aux besoins du canton, les autres malades étant souvent refusés faute de place.

TABLEAU N° II

	Répartitions des admissions de médecine	Pourcentage médecine
ton de Saint-Maur	1939	69,22 %
communes limitrophes	479	17,10 %
I n° 1 pour les 16 munes de la zone fraction	2418	86,32 %
es communes du de Marne	112	3,99 %
artements étrangers	271	9,68 %
I n° 2	383	13,67 %
I Général	2801	

II - Dans le cadre du CHIC, quelles sont les caractéristiques du service de médecine étudié.

Le service contient 66 lits. On peut y ajouter de temps en temps des lits de couloir.

La variété des affections traitées y est très grande. En effet, à l'exception d'un secteur de pneumologie, il n'existe pas de service de spécialité d'adulte si l'on soustrait ceux d'ophtalmologie et d'otorhinolaryngologie.

Le recrutement se fait donc directement et sans orientation préalable. Cela a pour effet de procurer, réellement, à ce service son qualificatif de " Médecine Générale".

Un bilan succinct de l'activité du service durant la période considérée (1.6.68 au 30.5.69) le montre à l'évidence.

Nous avons dénombré pour cette durée 1275 admissions.

En considérant les motifs d'admissions selon les grands chapitres de la pathologie, la répartition s'établit ainsi : tableau III

TABLEAU N° III

Cardio-vasculaire	238
Dermatologie	29
Endocrinologie	47
Gastro-entérologie	187
Hématologie	29
Infectieux	94
Neuro-psychiatrie	280
Otorhinolaryngologie - stomatologie	23
Pneumologie	126
Rhumatologie - orthopédie	28
Urologie-néphrologie	30
Divers	92
Total	1203

Notons tout de suite que pour des motifs divers (dossiers égarés, malades transférés, etc...), nous n'avons pas pu préciser le diagnostic pour 72 hospitalisations. On peut penser que parmi eux, il doit y avoir des éthyliques, mais à priori selon le même pourcentage.

1°) Cardio-vasculaires

Parmi les 238 hospitalisations, les accidents vasculaires cérébraux viennent en tête avec 78 cas, puis les infarctus du myocarde et coronarites (30 cas et 11 cas). Les diverses manifestations de défaillance cardiaque droite, gauche, ou globale totalisent 45 hospitalisations.

Notons enfin l'importance des troubles du rythme autres que l'arythmie complète : 8 flutters auriculaires et 5 pouls lents permanents.

2°) Dermatologie

Nous remarquons parmi beaucoup de diagnostics la fréquence des gales : 4 pour une année (parasitose qui avait disparu de notre recrutement depuis vingt ans).

3°) Gastro-entérologie

Ce chapitre se répartit entre :

30 hospitalisations pour affections tumorales et 157 hospitalisations pour les autres maladies de l'appareil digestif (ulcères, ictères, colites, diarrhées chroniques etc...)

Les diagnostics compris dans ce chapitre sont très variés les plus fréquemment retrouvés sont ceux de maladie de Hodgkin, anémie de Biermer, leucémie myéloïde chronique et leucémie myéloïde aigue.

Notons aussi des diagnostics d'exception tel une maladie de Kaposi et une maladie de Waldenstrom.

5°) Infectieux

Nous comptons sous ce titre :

22 gripes, 23 pneumonies, 8 méningites lymphocytaires, 4 méningites purulentes, 4 méningites tuberculeuses, 8 septicémies, 3 rhumatismes articulaires aigus, 4 zonas, 3 paludismes vivax, 4 syphilis primo-secondaires, une typhoïde et quelques diagnostics beaucoup plus rares tels qu'une maladie des griffes du chat et une lèpre.

6°) Neuro-psychiatrie

Dans ce groupe très important nous signalons la fréquence des :

- tentative de suicide	50
- comitiaux	39
- syndromes dépressifs	
et mélancolies	21

Notons aussi quelques affections plus rares (sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, schizophrénie).

7°) Otorhinolaryngologie - Stomatologie

Nous incluons dans ce chapitre la pathologie infectieuse et tumorale ORL.

8°) Pneumologie

Nous n'avons pas fait figurer dans ce groupe les pneumonies à germes figurés et à virus, ces affections étant intégrées aux maladies infectieuses.

Nous dénombrons ainsi 24 tuberculoses, 74 broncho-pneumopathies sub-aigues chroniques, 2 abcès du poumon, 2 pneumothorax spontanés, et 24 cancers bronchiques, mais nous avons déjà signalé la présence dans l'Hôpital d'un service de pneumologie. Ainsi cette branche est certainement proportionnellement moindre qu'elle ne devrait l'être du fait de l'admission directe dans ce service.

9°) Rhumatologie - Orthopédie

Nous avons regroupé ici un peu arbitrairement les arthroses, arthrites diverses, la goutte et les tuberculoses ostéo-articulaires.

10°) Urologie - Néphrologie

Il s'agit de 10 cas de pathologie tumorale, 10 cas d'infection des voies urinaires, 3 lithiases et 7 néphrites chroniques (en dehors des néphroangioscléroses des hypertendus).

11°) Endocrinologie

A côté des 25 diabètes nous relevons essentiellement 4 cas de maladie d'Addison, 3 insuffisances hypophysaires, 2 myxoedèmes et 2 Basedow.

12°) Divers

Sous cette dénomination nous avons englobé les cas de vagabondage, déchéance du vieillard, intoxications accidentelles diverses, sinistres et allergies variées.

Une telle classification est forcément arbitraire puisqu'elle ne tient pas compte des associations morbides.

Nous avons établi ces différentes répartitions sans tenir compte des éthyliques. C'est-à-dire que nous avons placé tel malade alcoolique selon la symptomatologie qu'il présentait dans l'une ou l'autre catégorie qui s'y rapportait. Par exemple, les cirrhoses, les hématomés, gastrites pour la gastro-entérologie ou bien les pré-délirium et les polynévrites dans la neuropsychiatrie.

Ce chapitre concernant le cadre de l'expérience était nécessaire afin d'estimer dans quelle mesure nos statistiques pouvaient être considérées comme valables et nos chiffres significatifs.

Nous avons, en déterminant l'origine géographique des malades, tenté de faire apparaître le niveau socio-professionnel

des malades. Les quatre communes qui, à 70 % alimentent l'Hôpital (Saint-Maur, Joinville, Creteil, Bonneuil), mélangent des catégories variées : il existe des quartiers résidentiels, des zones industrielles, des Bidonvilles, des régions agricoles et maraichères. Ainsi on peut dire que toutes les catégories socio-professionnelles sont susceptibles d'être hospitalisées dans notre établissement.

Dans la deuxième partie du chapitre l'activité variée du service a été démontrée : nous avons également indiqué que du fait de l'inexistence de service spécialisé (à l'exception de la pneumologie, l'otorhinolaryngologie et l'ophtalmologie) tous les malades de médecine étaient dirigés sur ce service. Q

Q Il faut noter qu'il existe au CHIC un autre secteur d'hospitalisation de médecine générale homme 18 lits, mais le recrutement se faisant de la même manière que pour le nôtre, cela n'a pas d'incidence sur nos statistiques.

Origine géographique des malades provenant du Département du VAL de MARNE

Communes	Ordre de classement en fonction du nombre d'admissions	Nombre d'entrées	Pourcentage par rapport au total des admissions	Population	Nombre d'admissions pour 1000 habitants
Taint-Maur-des-Fossés	1	3 036	24,34	70 681	42,95
Creteil	2	2 614	20,96	46 817	55,83
Maisons-Alfort	3	897	7,19	51 689	17,35
Champigny sur Marne	4	676	5,42	57 927	11,67
Joinville le Pont	5	648	5,20	18 183	35,64
Bonneuil sur Marne	6	548	4,39	7 179	76,30
Alfortville	7	467	3,75	32 332	14,44
Sucy en Brie	8	460	3,69	15 179	30,30
Boissy St Léger	9	165	1,32	4 234	38,97
Choisy le Roi	10	153	1,23	41 269	3,70
Ormesson	11	138	1,11	6 826	20,22
Charenton	12	106	0,85	22 957	4,62
Limeil-Brévannes	13	104	0,83	8 696	11,96
Saint-Maurice	14	104	0,83	10,923	9,52
Chennevières S/Marne	15	85	0,68	5 593	15,20
Villiers S/Marne	16	75	0,60	13 259	5,66

TABLEAU N° 1

	du nombre d'admissions	d'entrées	des admissions	1000 habitants
Ivry S/Seine	17	55	0,44	54 971
Vincennes	18	54	0,42	50 499
Fontenay-sous-Bois	19	54	0,43	41 310
Villecresnes	20	53	0,43	3 031
Orly	21	50	0,40	27 336
Valenton	22	49	0,39	9 077
Vitry-sur-Seine	23	48	0,38	73 701
Noissey	24	36	0,28	1 119
Nogent S/Mame	25	32	0,26	25 008
Le Plessis Trevisé	26	32	0,26	6 573
Thiais	27	29	0,23	15 360
Villeneuve St Georges	28	26	0,20	28 231
Le Perreux	29	25	0,20	27 900
Bry-sur-Mame	30	22	0,17	11 446
Saint-Mandé	31	18	0,14	24 769
Fresnes	32	14	0,11	21 561
Santeny	33	14	0,11	793
Mandres-les-Roses	34	12	0,09	1 403
La Queue en Brie	35	11	0,08	1 562
Villejuif	36	9	0,07	50 589
Villeneuve-le-Roi	37	9	0,07	22 300
Périgny	38	5	0,04	379
				13,19

TABEAU N° 1

	du nombre d'ad- missions	d'entrées	des admissions	habitants
Arcueil	39	4	0,03	20 384
L'Hay-les-Roses	40	3	0,02	23 062
Gentilly	40	3	0,02	19 211
Le Kremlin Bicêtre	42	2	0,01	22 282
Chevilly la Rue	42	2	0,01	14 144
Marolles en Brie	42	2	0,01	309
Ablon sur Seine	45	1	-	5 116
Cachan	45	1	-	26 283
Rungis	46	0	-	1 851

TOTAL :

(Val de Marne).....10 949

Pourcentage total

(Val de Marne).....87,79

TOTAL ADMISSIONS DIRECTES 12 471

année 1966

Origine géographique des malades ne provenant pas du département du VAL de MARNE

Origine	Nombre d'entrées	Pourcentage par rapport au total des admissions
SEine & Marne	100	0,80
Yvelines	29	0,23
Essonne	155	1,24
Hauts-de-Seine	133	1,06
Seine St Denis	268	2,14
Val d'Oise	13	0,10
Paris	430	3,44
Autres départements	152	1,21
Etrangers	47	0,37
Sans domicile fixe	<u>195</u>	<u>1,56</u>
TOTAL :	1 522	
TOTAL ADMISSIONS DIRECTES	12 471	
POURCENTAGE des malades ne provenant pas du Val de Marne		12,21

CRITERES DE DEFINITION DU SUJET ALCOOLIQUE

DANS LE CADRE DE NOTRE ETUDE

Cette étude porte sur une durée d'un an : du 1er mai 68 au 30 avril 69, époque pendant laquelle nous étions présent dans le service. Il s'agit donc de malades que nous avons connus. Cependant, nous avons décidé d'entreprendre ce travail, alors que cette période était déjà révolue ; ceci exclut toute sélection éventuelle lors de nos admissions. Les diagnostics retenus ont été ceux qui avaient été portés à la fin de l'hospitalisation.

Il n'a pas été tenu compte dans cette statistique du terrain alcoolique ni des maladies favorisées par cette intoxication comme la tuberculose, le cancer hépatique et ORL, etc... S'il avait été procédé ainsi le pourcentage aurait été bien supérieur.

L'alcoolique retenu est celui qui a été hospitalisé pour une affection directement liée à l'intoxication éthylique et caractéristique de celle-ci.

Les différentes affections sont les suivantes :

= éthylisme chronique (altération de l'état général, troubles trophiques ou fonctionnels, troubles du caractère, déchéance professionnelle) sans lésions viscérales nettement diagnostiquables.

- = éthylisme aigu
- = épistaxis
- = cirrhose
- = gastrite
- = hématomèse et méléna
- = coma hépatique
- = pré D.T. et D.T.
- = comitialité éthylique
- = troubles psychiques (psychoses alcooliques,

Korsakoff, Gayet Wernicke)

- = pertes de connaissance
- = polynévrites
- = myocardite éthylique.

La répartition des hospitalisations consignée globalement dans le tableau III se modifie sensiblement si nous faisons apparaître pour chaque catégorie le nombre d'éthyliques qu'elle recouvre (tableau IV).

Nous atteignons ainsi le chiffre de 180 hospitalisations motivées directement par l'alcoolisme sur 1 203 hospitalisations de diagnostic connu soit : 14,96 % $\neq$ 15 %.

Ces variations sont matérialisées par les graphiques des tableaux V et VI.

TABLEAU IV

Diagnostics	non éthyl	éthyl	Total
Cardio-vasculaire	237	1	2 38
Dermatologie	29		29
Endocrinologie	47		47
Gastro-entérologie	110	77	187
Hématologie	29		29
Infectieux	94		94
Neuro-psychiatrie	215	65	280
ORL - Stomatologie	22	1	23
Pneumologie	126		126
Rhumatologie-orthopédie	28		28
Urologie - Néphrologie	30		30
Divers	56	36	92
Totaux	1 023	180	1 203

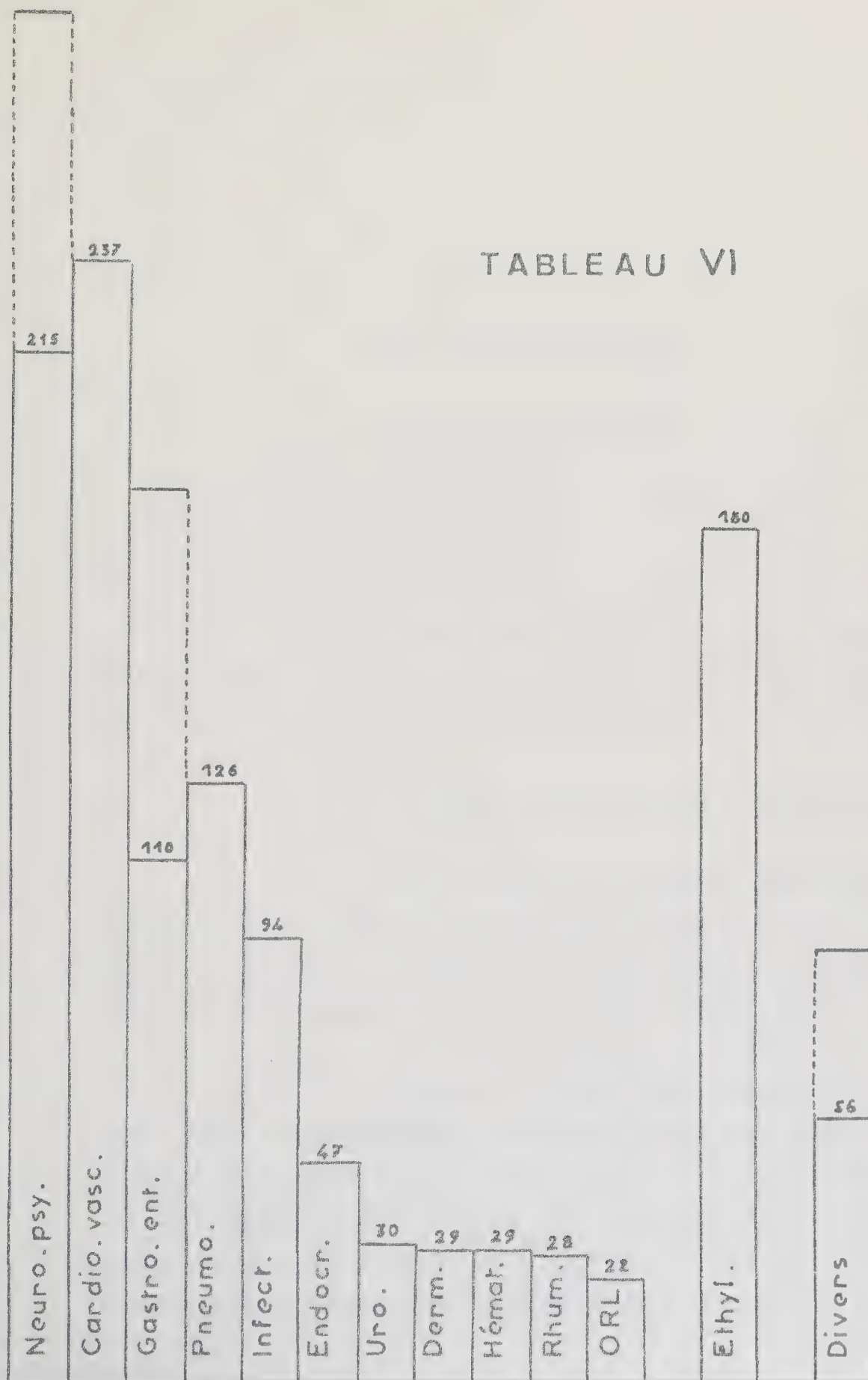
Nombre d'hospitalisations

TABLEAU V



Nombre d'hospitalisations

TABLEAU VI



DUREE D'HOSPITALISATION

AGE DES HOSPITALISES

Nous avons tenté d'étudier pour les différentes affections éthyliques la durée de l'hospitalisation et l'âge des malades concernés.

1°) Durée d'hospitalisation : tableau VII

En considérant l'ensemble du tableau VII on remarque que pour chacune des affections éthyliques considérées les durées d'hospitalisation se situent pour le plus grand nombre d'entre elles dans les deux premières tranches (c'est à dire de 0 à 20 jours).

Cependant à propos des cirrhoses nous remarquons que si les hospitalisations n'excédant pas 20 jours sont nombreuses il existe aussi un nombre non négligeable de séjours plus prolongés (certains dépassant même 4 mois) ; ceci est probablement lié à l'évolution souvent lente du processus cirrhotique. A l'opposé, les hospitalisations brèves relevées dans le même chapitre doivent faire évoquer

les cas hospitalisés en état gravissime et pour lesquels l'issue se fait rapidement vers la mort.

Les délirium tremens sont caractérisés par des séjours hospitaliers très brefs (souvent moins de 10 jours) ce qui témoigne bien du caractère aigu des manifestations pathologiques. Les rares cas ayant été hospitalisés plus longuement sont expliqués par la nécessité de traiter des affections intercurrentes (pneumonie etc...) qui ont souvent été la cause déclenchante du délirium.

Les polynévrites nécessitent une durée d'hospitalisation variable, en relation avec la gravité de l'atteinte. Certains malades totalement paralysés à leur entrée sont restés plusieurs mois.

La majeure partie des durées d'hospitalisation pour hémorragies digestives se situe dans la première tranche (1 à 10 jours) car très souvent ces malades sont transférés en chirurgie ou décèdent rapidement.

Les troubles psychiques (dans lesquels nous comptons les Gayet Wernicke, les syndromes de Korsakoff) sont parfois longs à traiter (le maximum de fréquence se situe entre 30 et 40 jours) en raison de la difficulté de leur réinsertion dans la vie courante, ou de la réalisation de leur placement asilaire. Il en est d'ailleurs de même des candidats aux cures de désintoxication.

2°) Age des malades : tableau VIII

Deux affections présentent un maximum de fréquence nettement tranché :

- les délirium prédominent entre 30 et 50 ans avec un maximum au début de la période remarquable. Cela est important car ils constituent un signe d'appel que le médecin n'a pas le droit de laisser passer chez un sujet jeune.

Les autres affections, moins importantes par la fréquence absolue sont par ailleurs plus étendues sans maximum qui se dégage véritablement.

- les polynévrites couvrent toute la période moyenne de la vie de même que l'éthylisme chronique et les troubles psychiques.

- les comitiaux sont un peu plus nombreux aux alentours de la quarantaine. Cela indique d'ailleurs bien que c'est l'alcoolisme qui a favorisé cette affection. Sans cela l'épilepsie serait apparue plus tôt.

- les hématomésés et les comas surviennent surtout pendant la période maximale des cirrhoses dont ils apparaissent bien en être les complications.

- quant à l'éthylisme aigu il est l'appanage de toutes les époques de la vie mais c'est la seule forme qui touche les très jeunes.

TABLEAU VII

	1-10 jours	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80 et +
	10	19	4	9	3	2	0	3
es	4	2	2	1	0	1	0	1
ses	8	3	2	0	0	1	0	0
	2	4	0	0	0	0	0	1
	16	8	0	2	0	1	2	0
	1	1	1	3	1	0	0	0
	6	4	0	0	0	0	0	0
C	1	1	1	1	0	0	0	0
	16	2	0	0	0	0	0	0
	6	8	2	2	0	0	0	0
	1	3	1	2	0	0	0	0
	1	1	1	0	0	0	0	0
ss	1	0	0	0	0	0	0	0

Répartition des différentes affections éthyliques en fonction
du nombre de jours d'hospitalisation.

TABLEAU VIII

ns es	avant 20 ans	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	>80
s			3	8	16	20	6	
ites		1	3	3	3		1	
èses			3	3	4	1		3
			1		1	4		
		1	12	8	1	6	1	
es			1	3	3			
ix	1	1		5		2	1	
e C			2		1	1		
	3	2	4	5	3		1	
es		2	3	1	5	3		
s				2	1	4		
			1	1		1		
ites						1		

Répartition des différentes affections éthyliques
par tranches d'âge.

QUELQUES CONSIDERATIONS SUR LE COUT DE L'ALCOOLISME

Si l'on additionne les durées d'hospitalisation de ces malades pour la période considérée, on arrive au chiffre de 3 327 journées d'hôpital.

Le prix de revient d'une journée étant de 160,43 F, on peut dire que les affections alcooliques ont coûté à l'hôpital 533 750,6 N. F. pour le service en question.

Cela donne une idée approximative du prix médical de l'alcoolisme ; mais celui-ci coûte bien plus cher car il fait intervenir d'autres registres :

- les accidents de la circulation routière, que le sinistre soit imputable au conducteur ou à la victime (piéton, cycliste en état d'ébriété). Selon Monsieur Paul ROBILLARD, Délégué Général de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, chaque accident corporel causé par un individu en état d'imprégnation éthylique coûte 3 fois plus cher qu'un accident ordinaire.

- en médecine du travail l'absentéisme est plus fréquent ; le taux des accidents du travail est plus élevé (la proportion des accidentés du travail ayant une alcoolémie supérieure à un gramme est de 26 % ^Q) ; les maladies professionnelles sont plus fréquentes.

- pour la sécurité sociale, il lui faut verser des indemnités journalières que ce soit des prestations maladie ou accident du travail ou maladie professionnelle.

- il faut ajouter à cela le coût sociologique de l'alcoolisme : criminalité, infractions diverses, enfance délinquante victime de l'alcoolisme des parents, délits pour coups et blessures.

Q Sully LEDERMANN.

Alcool, alcoolisme, alcoolisation, tome 1 p. 209



Placeholder

Il ne s'agit pas pour nous de faire de la morale, de dire que l'alcoolique coûte cher à la société, que par son intoxication il est la cause d'horribles méfaits et d'autoriser ainsi à lui crier haro.

S'il y a un procès à faire c'est celui de l'alcoolisme et non celui de l'alcoolique victime inconsciente et à la limite consentante de lui-même.

Que l'alcoolisme soit un fléau économique et humain pour une société, cela est certain, et c'est à la société d'en prendre conscience et de faire ce qui est nécessaire pour l'enrayer.

Quant à nous médecin, si nous avons le droit de pointer l'alcoolisme en tant que drame sociologique, notre rôle et notre devoir est de nous tourner vers l'alcoolique lui-même.

EXAMEN CLINIQUE

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

ET THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE DES

CONSEQUENCES SOMATIQUES DE L'ALCOOLISME

L'examen somatique d'un alcoolique doit être complet, mais orienté vers les appareils spécifiquement altérés par l'intoxication (sphère hépato-digestive, système nerveux).

Du point de vue hépatique on notera la dimension du foie (palpation, percussion), l'existence de signes d'hypertension portale, d'un sub-ictère conjonctival.

L'examen neurologique s'attachera à rechercher les signes de lésions encéphaliques (état de la conscience et de la mémoire) et du système nerveux périphérique (réflexes ostéo-tendineux, troubles trophiques).

L'examen clinique sera toujours complété par l'inspection des téguments qui sont souvent le siège de lésions infectieuses ou mycosiques de plaies multiples négligées, ou qui portent les stigmates de la maladie cirrhotique (noevi stellaires, erythrose palmaire, dépilation ou pigmentation). L'état de la denture sera soigneusement vérifié, les caries dentaires et les pyorrhées étant fréquentes. Il conviendra enfin de rechercher les signes éventuels de surinfections broncho-pulmonaire et urinaire.

Les examens de laboratoire viendront compléter ce premier bilan. Certains sont exécutés systématiquement : radiographie pulmonaire, dosage de la glycémie et de l'urée sanguine, exploration des fonctions hépatiques (tests de floculation, taux de la prothrombine et du cholestérol, dosage des protides totaux), électrophorèse des protides, ionogrammes.

Les autres ne sont demandés que lorsque le contexte clinique nous oriente vers l'exploration plus approfondie d'un appareil : digestif (radiographies de l'oesophage et de l'estomac, laparoscopie), nerveux (radiographie du crâne, électroencéphalogramme, électromyogramme) ; il convient aussi souvent d'éliminer l'existence d'une tuberculose associée (tomographies, examens des crachats et mises en culture). Enfin, nos malades sont dirigés fréquemment vers des consultations spécialisées : ophtalmologie (recherche de névrite rétrobulbaire), stomatologie, psychiatrie etc...

En règle générale, pour ce qui est des examens complémentaires, il convient de n'utiliser que ce qui est essentiel à la thérapeutique immédiate car ils sont onéreux et de plus ils nécessitent parfois une prolongation de l'hospitalisation.

En ce qui concerne le traitement des conséquences somatiques de l'alcoolisme de nombreuses propositions ont été faites appuyées sur des motifs pathogéniques plus ou moins pertinents. Lancées souvent de façon tapageuse et enthousiaste ces drogues, après l'échec, retombent très vite dans l'oubli. L'abandon du consensus général, n'est habituellement pas aussi bruyant que l'apparition.

Pour citer quelques exemples, nous mentionnerons les extraits de foie, les facteurs dits hépatotropes, cholérétiques et cholagogues, etc...

Parmi tous ces traitements proposés un choix objectif s'impose. Nous essayons d'obéir dans le service à deux critères : premièrement l'efficacité apparente du produit et deuxièmement le prix de revient le plus avantageux à efficacité égale reconnue.

Nous allons schématiser maintenant en fonction des différentes affections alcooliques, les médicaments et les examens complémentaires utilisés dans le service ; mais il faut savoir que ce tableau est forcément restrictif car il est rare qu'une affection soit isolée. Souvent le cirrhotique souffre d'une gastrite ou bien tel malade entré pour un moelena présente une polynévrite.

Dans les pré-délirium et délirium, Méprobamate nous semble être le traitement de choix. Son action sédatrice et tranquillisante paraît être très adéquate pour les alcooliques. Il est employé en ampoules injectables ou en comprimés. Les doses élevées souvent nécessaires pour calmer ces délirium tremens paraissent à

l'usage entièrement dépourvues de toxicité.

La réhydratation obligatoirement abondante par sérum salé ou glucosé se pratique quand le sujet ne peut boire par lui-même, ce qui est généralement le cas. Elle a pour corollaire la surveillance de l'équilibre ionique et sa correction.

Les antibiotiques (Pénicilline) sont utilisés quasi systématiquement, en raison de la fréquence des états infectieux et de la difficulté éventuelle de leur diagnostic clinique chez des malades agités (la fièvre est pratiquement constante).

- pour les polynévrites, le traitement nécessaire est représenté par les vitamines du groupe B, surtout la Thiamine (la plus anciennement connue comme efficace) et la Pyridoxine associée à la normalisation du régime alimentaire et à la rééducation physique.

- dans la comitialité, le Gardéнал est le produit le plus utilisé. Ces malades sont tous envoyés en consultation spécialisée. Souvent ces épileptiques sont des caractériels et un traitement psychotrope est institué.

L'électroencéphalogramme est de règle.

- l'ivresse aigue, elle, souvent unique, ne nécessite pas, la plupart du temps, de traitement particulier. L'Equanil dans les cas d'agitation est prescrit.

- les troubles psychiques, sont traités par l'Equanil dans les cas mineurs. L'Halopéridol est assez efficace dans les cas plus graves.

- 11 -
On y adjoint souvent les vitamines du groupe B.

Ces malades sont la plupart du temps dirigés vers une consultation spécialisée.

- les portes de connaissance, nécessitent souvent des dépenses d'exploration, avant de les attribuer à l'alcoolisme, d'autres affections doivent être éliminées, c'est ainsi que l'on est amené à pratiquer : électrocardiogramme, électroencéphalogramme, radios du crâne, fond d'oeil, glycémie, calcémie, magnésémie.

- pour les cirrhoses, le traitement est constitué essentiellement par le repos, le régime sans sodium et modérément hyperprotidique associé aux vitamines des groupes B, K et PP. Ceci est cependant le plus souvent insuffisant pour obtenir un assèchement de l'ascite. On est alors conduit à ajouter les diurétiques en cure discontinue. Leur emploi est souvent efficace. L'équilibre ionique doit être surveillé cliniquement et biologiquement. L'emploi des cortisoniques est peu fréquent en raison des accidents digestifs dont ils sont responsables.

Les antibiotiques sont prescrits en cas de surinfection.

L'albumine humaine aurait une place de choix. Nous l'utilisons dans les cas de très grande hypoprotidémie lorsque celle-ci nous paraît avoir un rôle majeur dans la persistance de l'état oedémateux.

Le dosage de l'ammoniémie est d'emploi courant

lorsqu'il existe des signes d'encéphalopathie.

- dans le coma hépatique, les acides aminés - Ornithine - Arginine - sont jusqu'à présent les meilleurs chélateurs de l'ammoniaque empêchant ainsi la toxicité de ce métabolite au niveau des cellules cérébrales. Son action est ainsi palliative et efficace d'une façon évidente lorsque les troubles de la conscience sont effectivement liés à l'hyperammoniémie.

A côté des acides aminés, le régime pauvre en protides est nécessaire.

On y ajoute des vitamines, la réhydratation et des antibiotiques s'il le faut.

- les gastrites, justifient un traitement banal : Bismuth, topiques divers protecteurs de la muqueuse et surtout de règles hygiéno-diététiques associées aux soins dentaires presque toujours nécessaires.

- pour les hémorragies digestives, on recherche une cause anatomique : hypertension portale (varices), gastrite hémorragique, un ulcère par des radios du tube digestif, ou bien une cause hématologique par l'étude des facteurs de la coagulation.

En pratique devant l'urgence où nous nous trouvons à instituer un traitement efficace nous associons couramment les hémostatiques et les facteurs agissant sur la coagulation (vitamine K, enzymes antifibrinolytiques, exceptionnellement P.P.S.B.). L'adjonction d'une sonde de Blackmoore n'est pas rare. Enfin, la Néomycine est classiquement ordonnée comme prévention de l'hyperammoniémie.

- les épistaxis, nécessitant des tamponnements à la Thrombase, l'utilisation d'hémostatiques. La Néomycine est parfois prescrite quand il y a déglutition de sang.

De toute façon une consultation ORL est toujours demandée qui aboutit parfois à des cautérisations.

- pour ce qui est des éthyliques chroniques sans lésions nettement individualisables le traitement n'est pas systématique. Il comprend parfois des tranquillisants, des vitamines, le régime normalement équilibré.

Après avoir étudié le traitement des conséquences somatiques de l'alcoolisme une question s'est posée à nous avec insistance : en dehors de l'effet réel du médicament, la prescription ne fonctionne-t-elle pas parfois comme un leurre qui permettrait au malade de continuer son intoxication ? Rassurant le patient, qui grâce à ces comprimés magiques se croit prémuni contre les effets nocifs de la drogue ; rassurant le médecin en lui donnant l'impression de traiter effectivement une maladie organique, lui évitant ainsi une confrontation directe avec le malade.

LE CONTACT AVEC UN ALCOOLIQUE

LA CURE DE DESINTOXICATION

La seule issue favorable à un tel état est d'amener le malade à cesser son intoxication. Cela doit être tenté devant chaque alcoolique, mais notre effort doit être particulièrement marqué quand il s'agit de sujets jeunes. Il faut savoir que souvent nos efforts seront vains et que le malade, pour une raison ou pour une autre, ne marchera pas. Le médecin dans ce cas ne doit pas être déçu et en vouloir au malade. Si celui-ci présente des résistances, mieux vaut préserver l'avenir en laissant au malade l'idée d'un médecin non coercitif et qui lui veut du bien.

Une attention particulière doit être attribuée au premier contact avec un alcoolique. Celui-ci doit être humain et direct. Il doit permettre d'avoir une vue générale du cas et ainsi permettre une orientation diagnostique et thérapeutique aussi large que possible.

L'examen somatique doit être précis, essayant de faire un bilan des lésions entraînées par l'intoxication. Le malade doit sentir que le médecin s'intéresse à son corps, et bientôt il le verra s'intéresser à son âme. ☉

L'interrogatoire centré sur la boisson doit être précis. Le médecin doit éliminer de son esprit tout jugement moral, il ne doit être ni coercitif, ni irrité. Il devra transiger, patienter devant des mensonges grossiers. Il essaiera par là même d'évaluer les résistances du malade devant ce problème. "L'essentiel est d'obtenir l'établissement d'un premier lien affectif, même tenu, parfois grâce à une certaine complicité dans le silence, ou le sous-entendu, chacun sachant très bien à quoi s'en tenir sur l'opinion de l'autre" (FOUQUET).

Une fois cette relation établie, le médecin s'enquerra de la vie du malade, de son enfance, de son milieu familial, du milieu social et professionnel dans lequel il évolue et a évolué, s'il boit de l'alcool seul ou en compagnie. C'est alors que pourra apparaître petit à petit "la valeur magique de l'alcool". Il faudra en faire prendre conscience progressivement au malade en lui montrant bien que c'est pour cette raison qu'il a recours à l'alcool. Et cela a probablement plus de valeur et d'efficacité que de lui dire qu'il faut cesser de boire pour sa santé.

☉ Pour des raisons de facilité d'exposition nous avons parlé d'abord de l'aspect somatique, puis de l'aspect psychologique. Mais il est bien évident pour nous que ces deux types d'investigations sont intriquées et indissociables.

Ceci est dans les grandes lignes l'attitude que doit avoir le médecin devant un alcoolique quel qu'il soit afin de l'amener à interrompre son intoxication. Mais dans le cadre d'un service de médecine générale comment les choses se passent-elles ?

1°) il est rare, pratiquement exceptionnel, que notre malade entre à l'hôpital pour une cure de désintoxication.

Dans cette hypothèse, les choses sont très aisées. Le malade sait à quoi s'en tenir et l'attitude du médecin qui ne juge pas mais encourage permet d'obtenir une coopération et un soulagement très appréciables.

2°) dans la majorité des cas les malades ne font pas la relation entre leurs troubles et leur intoxication. Au maximum, ils sont très étonnés quand on essaie de faire un rapprochement. En effet, la plupart ont l'impression qu'ils boivent normalement. Ils sont très surpris. Souvent ils ne le croient pas et le problème pour le médecin est de faire en sorte qu'ils commencent à se sentir concernés par leur alcoolisme, qu'ils en prennent conscience. Cela n'est pas chose aisée. C'est ici que le médecin se heurte souvent à des refus, des dénégations, des réactions parfois franchement hostiles.

Le médecin doit être tout à fait maître de lui pour ne pas rentrer dans le jeu du malade, ne pas être coercitif, ne pas porter de jugement moral. Il ne doit surtout pas en vouloir au malade d'agir de cette manière. L'attitude du patient ne doit pas faire changer celle du médecin. Ceci permettra toujours de préserver l'avenir. Le malade gardera du médecin l'image de quelqu'un, d'un Homme, à la neutralité bienveillante, qui ne juge

pas, ne le condamne pas, et qui lui a offert la possibilité de traiter la maladie qu'il présente. S'il refuse son aide aujourd'hui, il se souviendra de lui plus tard, un jour où il se trouvera dans la même situation et qu'il voudra s'en sortir.

3°) ailleurs, les choses sont différentes. Le malade reconnaît son intoxication, mais il se juge comme ayant suffisamment de volonté pour s'arrêter de boire tout seul. Malgré les réserves qui sont faites par le médecin sur la difficulté d'un tel procédé l'intoxiqué persiste à croire qu'il peut se sevrer sans aucune aide extérieure. Dans cette optique, mieux vaut ne pas se heurter au malade. Il suffira alors de lui dire qu'il peut essayer et que s'il n'y réussit pas il pourra toujours revenir consulter.

Quelles sont dans un service de médecin générale les différentes possibilités de mise en oeuvre d'un sevrage ?

La première et qui semble la plus efficace est d'amener le malade à entreprendre une cure de désintoxication dans un établissement spécialisé. Cela représente l'avantage d'un traitement le plus adéquat : trois semaines de cure avec psychothérapie éducative et une post-cure qui dure deux ans durant lesquels le malade est suivi régulièrement par un médecin qui est en même temps un psychothérapeute. Cela présente des avantages qu'un service de médecine générale ne peut pratiquer de manière aussi intensive. La psychothérapie et l'éducation des alcooliques se fait de manière régulière, continue et prolongée.

Dans tous les cas où cela sera possible il faudra essayer d'entreprendre un tel traitement, surtout chez les sujets jeunes et ceux qui présentent une structure psychologique labile.

L'autre moyen est d'entreprendre une cure avec l'appoint médicamenteux en ambulatoire. Chez ces malades qui ne bénéficieront pas des avantages d'une cure en milieu spécialisé le rôle du médecin doit être plus important. Il devra entreprendre lui-même l'éducation et la psychothérapie du malade. Il devra explorer la vie familiale, sociale, professionnelle du malade, étudier ses réactions à son milieu et faire ressortir pour le patient la "valeur magique de l'alcool". C'est dans ce cas qu'il doit donner le plus de lui-même en bienveillance, compréhension et courage.

Le médecin doit savoir qu'il risque de se heurter à des échecs. Il est nécessaire de les accepter. Bien plus, il est nécessaire de prévenir le malade de la possibilité d'une telle éventualité, non pas pour le décourager, mais au contraire pour le renforcer et le déculpabiliser si cela se produisait. Le malade, sachant qu'une telle possibilité peut survenir, n'abandonnerait pas tout mais continuerait à se soigner. Il faut savoir que l'alcoolisme est une maladie à rechutes et qu'une rechute ne doit pas faire arrêter un traitement sous prétexte que l'on a rechuté.

De toute façon quelque soit le type de malade, il est illusoire de vouloir traiter un patient si l'on n'a pas obtenu son consentement et sa totale adhésion à ce projet. Mieux vaut dans ce cas attendre, expliquer et préserver l'avenir. De toute façon, une cure entreprise sans l'appui du malade est vouée à l'échec et cet échec à l'échec des tentatives suivantes.

RESUME

Au cours de cette étude, nous avons tenté d'évaluer, sur une durée d'un an, l'importance des affections éthyliques dans un service de médecine générale (hommes).

Celui-ci est un secteur du centre hospitalier intercommunal de Créteil. Son recrutement se fait sur des catégories socio-professionnelles variées et on y trouve une pathologie non sélective.

L'alcoolique retenu a été celui dont l'hospitalisation a été motivée pour une affection directement liée à l'intoxication éthylique et caractéristique de celle-ci. Cela a représenté en pourcentage 15 % des admissions. Il s'agit du 3eme diagnostic en fréquence absolue.

La durée d'une hospitalisation est dans la majorité des cas de vingt jours.

L'âge des malades est variable : les déliriums

se voient le plus souvent chez des sujets jeunes entre 30 et 50 ans ; les cirrhoses et leurs complications surtout après la cinquantaine.

Le coût médical de ces affections s'est élevé à 533 750 N.F.

Nous avons indiqué nos méthodes d'investigation chez de tels malades et les thérapeutiques médicamenteuses utilisées en insistant sur le fait qu'à ce niveau, on ne traite que les conséquences somatiques de l'alcoolisme.

L'intoxication étant dans l'immense majorité des cas une réaction à un malaise psychologique du malade, le médecin se doit de porter une attention particulière à la vie relationnelle du patient, afin de l'amener à se sevrer.

CONCLUSIONS

Au terme de cette thèse, il demeure en nous un certain sentiment d'incomplétude. Il y a été démontré des lieux communs, connus de tous : l'alcoolisme nous est apparu comme une affection très fréquente et qui nécessite de grosses dépenses.

Au moins notre effort a-t-il permis de chiffrer cela.

La seule lueur d'espoir résidait dans le fait qu'il devenait nécessaire au médecin de trouver des paroles justes qui iraient atteindre l'inconscient du malade en lui faisant apparaître "la valeur magique" que représente l'alcool pour ce patient.

Nous n'avons donné aucune recette permettant d'atteindre ce but, car il n'y en a pas.

L'unique attitude qui permette au médecin d'appréhender de tels problèmes est de tourner son regard vers les sciences humaines et psychologiques pour mieux traiter ses patients.

LE PRESIDENT
du jury de thèse

LE DOYEN
de la Faculté de Médecine

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE

40

BIBLIOGRAPHIE

BALINT M.

Le médecin, son malade et la maladie.
Petite bibliothèque Payot.

BALINT M.

Techniques psychothérapeutiques en médecine.
Payot. Paris.

BARIETY M., CHOUBRAC P., et ACAR L

Influence de l'alcoolisme sur la morbidité et la mortalité
dans un service de médecine générale.
Bull. acad. nat. med. 1957, 151, 334-338.

BICHET M;

L'alcoolisme à l'hôpital de Troyes.
Th. Paris 1953.

BOURGINE

Données cliniques, statistiques et biographiques sur les
éthyliques observés dans un service de médecine générale.
Th. Paris 1959.

COMBET G. G.

Contribution à l'étude de l'alcoolisme. Etude statistique
dans un service hospitalier de province.
Th. Paris 1955.

DALLOUX J. F.

Contribution à l'étude de l'alcoolisme dans les hôpitaux de Rouen.

Th. Paris 1952.

FOUQUET P.

L'alcoolique devant le médecin : premier contact.

Gaz. hosp. 1954; 126, 291-394.

FOUQUET P.

Névroses alcooliques.

E.M.C. 1955, 37 380 C, 10-20 p.

FOUQUET P., et CLAVREUL J.

Lettres aux alcooliques : essai de psychothérapie éducative.

Ann. med. psychol. III² 544-548.

GOSTIN D. A.

De quelques aspects du problème de l'alcoolisme en France.

Th; Paris 1954.

GRANCHER M.

L'alcoolisme à l'hôpital de Dieppe.

Th. Paris 1957.

HILLEMAND P., et LUNEL J.

Quelques remarques sur l'augmentation du nombre des éthyliques hospitalisés dans un service hospitalier parisien.

1936 - 1955.

Bull. Soc. med. hôp. 1955, 71, 901-905.

MALIGNAC G.

L'alcoolisme. P.U.F.

Que sais-je 1963.

MEHAUT, WALCKHOFF, MARCHAL.

Le coût réel de l'hospitalisation des cirrhotiques dans
un hôpital de province (Charleville).

sem. hôp. Paris 20 octobre 1958. p; 1035.

PENEAU P.

Un luxe national "la cirrhose".

Th. Paris 1956.

PEQUIGNOT H., BOURGINE L., et GOUDAL H.

Données cliniques statistiques et biographiques sur les
éthyliques observés dans un service de médecine générale.

sem. med. professionnelle et médico-sociale, fev. 1961
112, 401.

PEQUIGNOT H.

Le problème du diagnostic de l'alcoolisme. Alcool
ou santé.

Th. Paris 1960.

PIERLOVISI L.

De quelques aspects nouveaux du problème de l'alcoolisme
en France.

Th. Paris 1955.

SULLY, LEDERMANN.

Alcool, alcoolisme, alcoolisation

Tome I : données scientifiques de caractère physiologique,
économique et social. 1956.

Tome II : 94 380, 41, 1964. P.U.F.

